

Síndrome Diarreico Prolongado en lactante menor

Dra. Carolina Posada G.
Médico Cirujano
Centro Médico Familiar
Independencia
ING Salud-Isapre

ANTECEDENTES DEL CASO

J.M.S. Lactante sexo femenino de 7 meses de edad a la fecha en que se inició el cuadro. Consulta el 5/9/03 a Centro Médico Familiar (CMF) Independencia ING con su médico de cabecera (Dra. Carolina Posada) por cuadro de 3 semanas evolución con deposiciones semilíquidas en forma intermitente y un día fiebre hasta 38°, axilar. Al examen físico paciente afebril y decaída, sin otros hallazgos. Se diagnostica Diarrea prolongada y se solicita estudio con parasitológico seriado de deposiciones, coprocultivo, ex. Orina y urocultivo. El 24/9/03 acude a control con resultados

exámenes (tomados el 9/9/03) resultando todos normales. En ese momento, la persona a cargo del cuidado de la paciente (abuela materna) refiere que deposiciones están normalizándose y examen físico es normal. Posteriormente, evoluciona con alzas de temperatura no objetivadas en su hogar, irritabilidad, nuevamente deposiciones semilíquidas y por último se agrega disminución de la movilización activa del brazo izquierdo. Madre consultó en 3 oportunidades a Servicio Urgencia (SU) Hospital José Joaquín Aguirre (HJJA) donde se le indicó paracetamol, luego cabestrillo y observar evolución en el hogar. En 2a consulta se tomó Rx que mostró lesión inespecífica metafisis proximal humero izquierdo, concluyendo en comprobante de atención Obs. Fractura. La paciente continuó con alzas de temperatura y mayor irritabilidad, por lo que el día 1/10/03 madre consultó a SU Hospital Roberto del Río donde se le realizó hemograma que evidencio VHS > 100 y luego ECO hombro izquierdo que mostró signos de derrame intrarticular. Se hospitalizó con diagnóstico de artritis séptica realizándose ese mismo día drenaje y aseo quirúrgico e inicio tratamiento antibiótico (ATB) endovenoso con cloxacilina. El 3/10/03 paciente es trasladada a HJJA por motivos administrativos, para completar tratamiento ATB. El 10/10/03 paciente es dada de alta con Curocef oral para completar tratamiento en su hogar. Presenta mala tolerancia a ATB oral con vómitos persistentes, por lo que el día 16/10/03 es rehospitalizada en HJJA. Exámenes de control muestran reactivación del proceso infeccioso, requiriendo nuevo drenaje y aseo quirúrgico junto con terapia ATB e.v. con cefotaxima. El 31/10/03 se da alta luego de completar 15 días de ATB e.v. y se indica cloxacilina oral para terapia ambulatoria por 1 semana. El 6/11/03 control con traumatólogo infantil en HJJA, paciente clínicamente bien y exámenes de control sin evidencias de reactivación. Se decide suspender ATB oral. Posteriormente, tuvo control el 22/1/03 y el 16/1/04 con TMT infantil HJJA encontrándose paciente en buen estado general y sin signos de reactivación.

tis séptica realizándose ese mismo día drenaje y aseo quirúrgico e inicio tratamiento antibiótico (ATB) endovenoso con cloxacilina. El 3/10/03 paciente es trasladada a HJJA por motivos administrativos, para completar tratamiento ATB. El 10/10/03 paciente es dada de alta con Curocef oral para completar tratamiento en su hogar. Presenta mala tolerancia a ATB oral con vómitos persistentes, por lo que el día 16/10/03 es rehospitalizada en HJJA. Exámenes de control muestran reactivación del proceso infeccioso, requiriendo nuevo drenaje y aseo quirúrgico junto con terapia ATB e.v. con cefotaxima. El 31/10/03 se da alta luego de completar 15 días de ATB e.v. y se indica cloxacilina oral para terapia ambulatoria por 1 semana. El 6/11/03 control con traumatólogo infantil en HJJA, paciente clínicamente bien y exámenes de control sin evidencias de reactivación. Se decide suspender ATB oral. Posteriormente, tuvo control el 22/1/03 y el 16/1/04 con TMT infantil HJJA encontrándose paciente en buen estado general y sin signos de reactivación.

COMENTARIO DEL MÉDICO TRATANTE

Los síndromes diarreicos constituyen un gran problema en Salud Pública debido a su alta frecuencia y por ser causa importante de morbimorbididad durante la infancia¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se presentan 1.300 millones de episodios de diarrea en niños menores de cinco años en países en desarrollo y 4 millones de muertes por diarrea aguda relacionadas, en el 50-70% de los casos, con deshidratación². En Chile, la prevalencia de diarrea es de 2,7 episodios por niño, en los 2 primeros años de vida siendo más frecuente en los meses de calor¹.

Se habla de "diarrea prolongada" cuando la duración del cuadro clínico es mayor a 2 semanas y menor a 1 mes^{1,2,4}. Dentro de este grupo las causas más frecuentes son procesos secundarios, de carácter transitorio, ligados a la inmadurez gastrointestinal del lactante como diarrea crónica inespecífica, intolerancia a proteínas de leche de vaca o a la lactosa o síndrome postgastroenteritis⁴. La etiología "extra-digestiva", como el caso de nuestra paciente, no aparece mencionada en la literatura como un factor causal importante, a pesar de que muchos procesos infecciosos cursan con alteración de las deposiciones, ya sea diarrea o constipación, en forma persistente o intermitente. Existe cierta asociación con enfermedades infecciosas del tracto respiratorio o urinario⁴, pero no se encontró literatura que describa este cuadro como parte de la sintomatología de la artritis séptica.

CASO CLÍNICO**COMENTARIO DEL MÉDICO FAMILIAR**

No es infrecuente que a la consulta del médico familiar llegue un paciente con síntomas que apuntan a un diagnóstico tal y que luego de un par de días de evolución se evidencie otra patología, a veces, muy distinta de la que uno pensó al principio. Es por ello, que el médico familiar, está en una posición muy favorable, en cuanto a tener posibilidad de seguir al paciente, citarlo sin tantos problemas, y “darse cuenta” si algo no ha evolucionado como debiera. El tiempo es un buen aliado cuando enfrentamos casos como estos, donde la enfermedad evoluciona lentamente, pero sin signos de gravedad que nos indiquen que el paciente debe ser derivado rápidamente. El tomarse el tiempo necesario para llegar a un diagnóstico correcto es fundamental, ya sea, para aplicar el tratamiento adecuado, como para evitar acciones que pudieran perjudicar a la larga a nuestro paciente. En este caso, queda muy bien retratado el hecho de que el tiempo demostró realmente cual era el problema de fondo y se pudo tratar adecuadamente, sin realizar exámenes o tratamientos inadecuados que perjudicaran finalmente al paciente.

*Dra. Gloria Bozzo S.
Médico Familiar*

REFERENCIAS

- 1.- TRIVIÑO X, GUIRALDES E, MENCHACA G. Diarrea aguda. Manual de Pediatría PUC, Cap. Patología Pediátrica.
- 2.- WHO: Readings on Diarrhea-A Student Manual. WHO, Geneva, 1992.
- 3.- BOUSOÑO C. Signos y síntomas en Gastroenterología: del gastroenterólogo, ida y vuelta. *Pediátrika* 2003; 23 (6): 225-32.
- 4.- BEDATE CALDERÓN P, ALONSO FRANCH M, CALVO ROMERO C. Cuando una diarrea se prolonga. *Bol Pediatr* 1999; 39: 94-100.
- 5.- DUFFAU T G. Síndrome diarreico agudo y prolongado en niños. *Trastornos Nutricionales Asociados*. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Campus Norte. <http://www.med.uchile.cl/academica/departamentos/norte/pediatria/publicaciones/sda/prolongado.pdf>